

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus da UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras/RS**

Dayami Rondon Cabrera

Pelotas, 2015

Dayami Rondon Cabrera

Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Nivea Maria Silveira De Almeida

Co-orientadora: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, 2015

C117m Cabrera, Dayami Rondon

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras/RS / Dayami Rondon Cabrera; Nivea Maria Silveira de Almeida, orientador(a); Tatyara Feitosa Sampaio, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Almeida, Nivea Maria Silveira de, orient. II. Sampaio, Tatyara Feitosa,

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho de Atenção a saúde da família a minha querida mãe a senhora Marilis Cabrera por todo o apoio que me brindou durante o período do trabalho.

Agradecimentos

Agradeço a secretaria de saúde de Três Palmeiras e a todos da equipe que trabalhou junto no Ambulatório municipal Três Palmeiras.

Resumo

PAUMIER, Dayami Rondon. **Melhoria da atenção a saúde dos usuários com hipertensão arterial sistema e diabetes mellitus na UBS Ambulatório municipal, do município Três Palmeiras, RS.** 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Hipertensão arterial e Diabetes mellitus são doenças de muita importância, que causam elevadas taxas de morbimortalidade se não forem controladas. A maior causa do atendimento médico na USB são usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus estas são duas razões que decidimos escolher como foco da intervenção hipertensão e diabetes. O presente estudo apresenta a perspectiva de melhorar a atenção às pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da Unidade de Saúde Ambulatório municipal do município de Três Palmeiras, RS num período de 16 semanas. Foi desenvolvida a intervenção com o propósito de atuar de forma estratégica no grupo programático de hipertensos e/ou diabéticos, por meio de ações pautadas nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, contemplando a realidade situacional da UBS com a utilização da ficha espelho e a planilha de coleta de dados. A intervenção para este grupo de atenção aborda aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde relacionada ao Programa, tornando possível alcançar os seguintes resultados: aumento da cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou diabético da UBS em 100%, 456 usuários hipertensos e 130 diabéticos; melhorou a qualidade do atendimento realizado na Unidade ao usuário com HAS e/ou DM com as capacitações desenvolvidas com os profissionais que atuam na USF, realização de exame clínico apropriado nas consultas, solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários. Somando-se a isso, houve melhora do registro das informações e o mapeamento de hipertensos e/ou diabéticos com risco para doença cardiovascular, assim como realização de ações de promoção à saúde para este grupo populacional.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Ambulatório municipal de Três Palmeiras.....	57
Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Ambulatório municipal de Três Palmeiras.....	58
Figura 3 :Gráfico indicativo de proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo da UBS Ambulatório municipal de Três Palmeiras. ...	63
Figura 4: Gráfico indicativo de: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo da UBS Ambulatório municipal de Três Palmeiras. ...	64
Figura 5: Gráfico indicativo de proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal da UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras.	65
Figura 6: Gráfico indicativo de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer de colo de útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica.....	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores.....	38
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma	50
3 Relatório da Intervenção	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores.....	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	73
Referências	75
Anexos	76

Apresentação

O presente volume contém o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O Trabalho consistiu em uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade de Saúde Ambulatório municipal, situada no município de Três Palmeiras, RS.

O volume está organizado em sete unidades: Relatório da Análise Situacional, Projeto de Intervenção, Relatório do Projeto de Intervenção e o Relatório dos resultados do projeto de intervenção, Relatório da intervenção para gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade. Finalizando o volume, está a parte 7, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção.

O projeto utiliza aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo da ação programática e promoção de saúde relacionada à ação programática. Ele foi desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado participativas, através de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, sob forma de trabalho em equipe, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essa população.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de fevereiro de 2015, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas. Sua finalização ocorreu no mês de junho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na unidade básica de saúde onde eu trabalho se encontra no município de Três Palmeiras no estado de Rio Grande do Sul. É uma unidade básica de saúde mista. Estruturalmente está formada pelo 3 consultório médico, 1 consultório odontológico, sala de vacina, sala de enfermeira, sala de observação de usuários, sala de emergência farmácia sala de espera de usuário, sala de estetização curtos para usuários e cozinha. Aqui trabalham médico clínica geral, dentista, auxiliar de dentista e enfermeiras. Trabalha-se 24 horas e os 7 dias de na semana de segunda a sexta feira médicos clinica general em consulta e visitas domiciliares e de noite sábado e domingo trabalha no medico de plantão. Os usuários de maior complexidade que precisam de evacuação pelo especialista são encaminhados para municípios pertos que tem hospitais com serviços especial és e especialistas.

Esta unidade básica de saúde tem 2 equipe básico de trabalho e equipe 1 esta constituído pelo Dra. Dayami quine I fala uma enfermeira, dentista, auxiliar de dentista, e 5 agentes de saúde comunitárias que cada uma tem uma micro área. Este equipe atende uma população de 2040 pessoas 809 famílias 12 gestantes e 20 crianças menores de 1 ano. Em este território tem 2 escolas que são instituições muito importante de apoio para trabalho de prevenção e promoção de saúde com crianças adolescentes pais e professores.

Tem conselho local de saúde na comunidade um governamental e outro não governamental. No governamental tem por exemplo Secretaria municipal dessaúde,

agricultura, de assistência social entre outros. Este conselho serve de muito apoio para trabalho com usuários em momentos determinados.

Em esta unidade básica de saúde se brinda atenção medica a todas as pessoas que assiste a ela se realizam consultas medicas a usuários com doenças crônicas não transmissível como hipertensão arterial diabetes mellitus acompanhamento a gestantes e muito frequente também são as doenças respiratórias agudas e doenças diarreicas agudas em maiores de 5 anos. As doenças psiquiátricas em adultos e outra causa muito frequente de consultas medicas.

Medico enfermeira e agente de saúde comunitário junto visitas nas casa do usuários priorizando agora nos usuário que mais precisam de visita medica e quino te bom aceso na unidade básica de saúde Também se faz Charles educativas no horário de na manhã y grupo de apoio algumas tardes onde se reúnem usuários com mesmas doenças por exemplo tem grupos de apoio de diabetes mellitus estas últimas atividades som muito importante para no desenvolvimento de na medicina preventiva já que na principal função es prevenção e promoção de saúde também se trabalha no programa de prevenção de câncer de colo de útero se faz citologia a todas as mulheres de 25 e 60 anos e também na gestante menos de 25 anos.

É importante destacar na função de na agente de saúde no trabalho de equipe básico porque servem de muito apoio no trabalho de prevenção e prevenção de saúde e a traves de elas melhora na relação entre a equipe e na comunidade. Existe relanço de equipe básico de saúde com na comunidade já que os usuários conhecem bem no horário de na unidade básica de saúde além de peso a equipe básico de saúde faz visitas nas casas de os usuários realiza grupos de apoios nas comunidades mais eu acho que e preciso mudar algumas cosas com respeito à na relação de equipe básico de saúde com na comunidade por exemplo curando se realiza uma visita a um usuário se deve fazer acompanhamento a este e depois voltar a visitar a este mesmo usuário para ver por exemplo se realizou exames

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Três Palmeiras, situado no norte do estado Rio Grande do Sul, tem uma população de 5000 habitantes. Este município tem apenas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), um ambulatório municipal de Três Palmeiras e outra UBS que tem por nome via Na Progreso. Estas duas unidades de Saúde da Família (ESF). Não temos hospital. Não temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Uma vez por semana, vem ao ambulatório municipal especialista em Pediatria e Ginecologia para dar atenção a crianças e gestantes. Os usuários que precisam de outros especialistas são encaminhados para outros municípios onde tem outras especialidades disponíveis.

Também os usuários que precisam ser avaliados e internados em hospitais são encaminhados para outros municípios. Os exames complementares são realizados no município e outros mais complexos como raios x, ultrassonografias, ressonâncias magnéticas e tomografias são realizados em outros municípios, tudo pactuado na secretaria de saúde.

Minha UBS tem como nome Ambulatório Municipal Três Palmeiras e se encontra funcionando há cerca de 20 anos. É uma UBS urbana e tem no vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) através da secretaria municipal de saúde. Esta UBS é mista porque tem pronto atendimento de atenção básica de urgências mais saúde da família. Tem duas equipes básicas de trabalho. Eu sou da equipe número 1 e esta tem um clínico geral, um enfermeira, um técnica em enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, um psicólogo, um fisioterapeuta e cinco agentes de comunitários de saúde.

UBS funciona 24 horas todos os dias, e estruturalmente está constituída por uma sala de espera para cerca de 30 pessoas, uma sala de reuniões, Três consultórios médicos, uma sala de vacinas, duas salas de curativos, uma sala de nebulização, uma farmácia, uma sala de odontologia, uma sala para arquivar prontuários, sala de fisioterapia, cozinha, banheiros. Uma das deficiências encontradas na estrutura da UBS é que não temos adaptações para usuários que

delas necessitam como, por exemplo, barra de apoio e rampas de acesso. Estas deficiências foram avaliadas pela secretaria de saúde para dar solução às mesmas e assim melhorar o atendimento aos usuários na UBS.

Nós profissionais de saúde, de forma organizada, realizamos diferentes atividades como, por exemplo, consultas médicas, visitas domiciliares, priorizando aos usuários com mais risco e de menor acesso na UBS, exame preventivos do câncer de colo de útero, e atividade de promoção e prevenção com os diferentes grupos como, por exemplo, grupo de gestantes, diabéticos e hipertensos e de saúde mental. Uma das deficiências que temos é que devemos fazer outros grupos para atividades de prevenção e promoção como são grupos de lactantes, adolescentes com o objetivo de dar orientações importantes a estes grupos por exemplo no grupo de adolescentes orientações sobre como evitar infecções de transmissão sexual, gestação.

Referente à população da área adstrita, temos uma população de 2040 habitantes, 1131 do sexo feminino e 909 do sexo masculino e 24 menores de 1 ano, sendo 48 entre 1 a 5 anos, 302 entre 6 a 14, 1387 entre 15 a 59 e 279 com mais de 60 anos. É adequado o tamanho do serviço para a população da área adstrita.

Referente à demanda espontânea na UBS, temos demanda espontânea de atendimento porque os usuários não querem atendimento com as enfermeiras, mas todos são atendidos.

No que se refere à atenção à saúde das crianças, o trabalho realizado pela equipe de saúde é satisfatório. As crianças são assistidas quando apresentam doenças agudas na UBS por demanda espontânea ou de forma programada na puericultura e nas escolas com palestras sobre promoção à saúde. As melhorias que consideramos serem necessárias ao programa de atenção à criança não estão sob a governabilidade da equipe de saúde, compreendem ações que precisam ser realizadas pela gestão, como a contratação de profissionais para somarem na atenção: odontólogo, nutricionista, pediatra, entre outros. Por meio da puericultura todos os profissionais podem diagnosticar precocemente alterações no crescimento e desenvolvimento da criança, assim como orientar os pais sobre o cuidado e atenção aos seus filhos. Temos atualmente 364 crianças cadastradas, deste grupo, temos 1 crianças menores de 01 ano, com cobertura de 92%.

Pela quantidade de gestantes que são assistidas na UBS considero que desenvolvemos um trabalho muito bom na atenção ao pré-natal, uma vez que só temos uma gestante cadastrada e acompanhada na unidade, sendo atendida quinzenalmente na unidade, além da visita domiciliar. Por enquanto não temos aspectos negativos na atenção das gestantes. Na área da UBS não existem outras gestantes registradas, nem em áreas adjacentes. Além disso, também não temos gestantes com acompanhamento nas instituições privadas. Atualmente temos 562 mulheres em idade fértil das quais 30 são gestante para um 46% de cobertura.

Os cânceres do colo de útero e de mama são os dois cânceres que mais acontece às mulheres em todo o mundo; já seja em países desenvolvidos ou não desenvolvidos. As taxas de morbimortalidade estão elevadas no Brasil. A promoção e prevenção é muito importante na atenção primária de saúde. O câncer de colo de útero é 511 para um 91% em proporção com o indicador de cobertura. Na UBS tem todas as condições precisa para realizar o exame preventivo de colo de útero este é feito duas vezes por semana pela enfermeira e em 15 dias temos o resultado se realiza a todos os usuários entre 25 e 64 anos e também as gestantes menores de 25 anos no primeiro trimestre de gestação. Em caso de alterações as usuárias são encaminhadas para a ginecologista. O total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é de 199 para 94%. Todas as usuárias entre os 25 e 64 anos se indica mamografias e em 15 dias temos o resultado em caso de alterações encaminhamos para mastologista. O principal problema com respeito a este tema é que na UBS não realiza muitas atividades educativas mais já fazemos ações de prevenção e promoção sobre câncer de colo de útero e de mama e assim temos aumento na UBS do número de preventivos e mamografias.

O Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial representa a primeira causa de mortalidade e hospitalização do Sistema Único de Saúde. (SCHMID DUNCAN; STEVEN, 2009) O total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é 381 para 84% e de diabéticos é 110 para 85% de cobertura. Na UBS as consultas para hipertensos e diabético são feitas por o clínico geral; previamente a consulta é realizado pela enfermeira a toma da pressão arterial, teste de glicose e peso. Logo durante o desenvolvimento da consulta o número

interroga o usuário para ver temas importantes como, por exemplo, medicação, alimentação e sintomas que pode apresentar, depois realiza o exame físico e indica exames complementários e orientações. Na UBS temos um número importante de hipertensos e diabéticos pelo que temos dar mais orientações para eles para evitar as complicações. Além de que temos grupos de hipertensos e diabéticos e preciso dar mais orientações para eles. O equipe básico trabalha com objetivo de fazer mais ações educativas sobre temas importantes como, por exemplo, atividade hábitos alimentícios, cuidados dos pés em usuários com diabetes.

A Organização Mundial da Saúde considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge a 7% com tendência a crescer; o Brasil já pode considerar-se um país envelhecido: censo 2010 10 % da população com 60 anos ou mais. (Saúde da pessoa idosa) BRASIL 2010. O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é 279 para 100% em proporção com o indicador de cobertura. Na UBS realizamos atendimento a pessoas idosas mais não de forma programada e também damos orientações para eles sobre atividade física; hábitos alimentícios mais o problema é esse que temos que programar as consultas dos idosos e dar mais orientações. A equipe junto trabalha para melhorar o atendimento a usuários idosos.

Eu acho que os maiores desafios na UBS são:

Temos aumento da demanda de consultas de puericulturas com o pediatra devido a orientações às mães sobre a importância de esta consulta.

Temos aumentado o número de consultas de gestantes em odontologia e melhorado o acompanhamento de estas no serviço.

Temos aumentado o número de usuários que realizam preventivos e mamografias.

A melhorado a qualidade de atendimento e acompanhamento em usuários diabéticos hipertensos e idosos porque se planeja suas consultas, se realiza visitas a suas casas se indica exame de controle e damos mais orientações sobre sua estilo de vida já que eles só tem atendimento médico se precisa.

Anteriormente quando eu iniciei trabalhando na UBS só se dava puro atendimento aos usuários sem planejamento, acompanhamento. As ações de promoção e prevenção de saúde eram muito poucas. Foi bem difícil mudar as

coisas na UBS porque a população e os colegas na conhece esta forma de trabalho na ESF mais nada e impossível e agora brindamos o melhor atendimento da população porque estamos fazendo programação de consultas, acompanhamento a usuários e também mais ações de prevenção e promoção de saúde ferramenta que e bem importante na atenção primaria de saúde.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A qualificação dos serviços ofertados na atenção primária à saúde implica em ampliar as estruturas de controle e avaliação e integrar as ações à atuação de toda a equipe de saúde, buscando apoio e soluções para as famílias mais vulneráveis. Para isso, é necessário lançar mão de instrumentos como avaliação e monitoramento, análise situacional e trabalho em equipe.

Após a leitura do texto da semana de ambientação e da finalização do relatório da análise situacional, pude compreender que minha visão sobre a estrutura física, o processo de trabalho e os resultados que a equipe vinha apresentando foi aprimorada com a realização da Unidade 1 – Análise Situacional da Especialização em Saúde da Família.

Com este processo, pude notar que o relatório ficou mais completo, amplo e desenvolvido com mais conhecimento sobre o processo de trabalho, características do desenvolvimento na equipe, estimativas e capacidade do serviço para atender a população da área de abrangência.

Ao longo deste período algumas mudanças aconteceram a partir do preenchimento de todos os questionários e da reflexão a partir dos textos consultados. As principais mudanças são em relação ao conhecimento sobre como deve ser o trabalho e a organização no processo de trabalho na ESF

Deste modo, foi possível reconhecer as limitações da nossa unidade e também as capacidades, a fim de reorganizar o trabalho na ESF, desde o acolhimento dos usuários até o planejamento dos atendimentos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis com um aumento na incidência nos últimos anos, o que resulta na importância de desenvolver o projeto de intervenção sobre este tema em nossa UBS para organização dos serviços, aumentar a cobertura, cadastramento e monitoramento, melhorar a qualidade do atendimento, também realizar atividades de prevenção e promoção de saúde para orientar na população sobre este tema e assim garantir a melhoria da atenção básica em nosso serviço mudando estilos de vida e evitando complicações (BRASIL, 2013).

A UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras é uma unidade mista que funciona faz 20 anos, onde se trabalha 24 horas e está constituída estruturalmente por sala de espera com capacidade para 30 usuários, sala de arquivos de prontuários, farmácia, três consultórios médicos sala de vacina, sala de odontologia, sala de curativos, sala de nebulização, sala de reuniões, administração, cozinha e banheiros. Na UBS contamos com estetoscópio, esfigmomanômetro e glicômetros em boas condições para realizar procedimentos necessários para usuários hipertensos e diabéticos e a sala de reuniões tem capacidade para mais de 30 pessoas para atividades de prevenção e promoção de saúde. A equipe está constituído por um medico um enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, auxiliar de dentista, psicólogo, fisioterapeuta e cinco agentes de saúde. Na data do último cadastro, feito em 2013 pelas agentes de saúde, se cadastrou 100% da população. A área tem o total de 2040 usuários e 818 famílias.

Temos uma população alvo da área de 466 hipertensos e 135 diabéticos. População alvo atendida pela UBS é de 456 hipertensos e 130 diabéticos. O total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS é 381 para 84% e de diabéticos e 110 para 85% de cobertura. A qualidade da atenção médica de hipertensos e diabéticos na UBS, eu considero regular porque nem todos os usuários têm prontuários, durante a consulta não há um bom atendimento porque os profissionais da saúde não realizam exame clínico, nem sempre indicam exames complementares e não são suficientes as atividades de prevenção e promoção da saúde para usuários hipertensos e diabéticos. As atividades desenvolvidas na UBS são teste de glicemia capilar, aferição de pressão arterial, indicações de exames laboratoriais e só uma vez por mês atividades de prevenção e promoção de saúde.

Eu escolhi a hipertensão e a diabetes para a intervenção, apesar de que em minha UBS tem outras ações programáticas com cobertura mais baixa, porque a Hipertensão e Diabetes são doenças de muita importância, que causam elevadas taxas de morbimortalidade se não forem controladas. Por esta razão, o foco de intervenção com esta ação programática na nossa comunidade pela equipe de saúde é muito importante, pois ajuda na captação precoce de usuários doentes que ainda não sabem sobre a doença que possuem e também para que conheçam quais ações são indispensáveis para melhorar a qualidade de vida, pois, normalmente, os pacientes chegam às consultas com muitas complicações da HAS e DM, como perda gradual da visão, anginas, deterioração da função renal, transtornos na circulação periférica. Todas elas causadas pela HAS ou pela DM devido ao tempo que os pacientes tiveram a doença sem saber e sem tratamento.

Nesta perspectiva, como a principal ação da medicina comunitária é a promoção de saúde e prevenção de agravos, temos que fazer uma intervenção para primeiro conhecer todos os pacientes na nossa área que padecem dessas duas doenças para poder oferecer toda a informação e a atenção que eles precisam.

A intervenção é importante no contexto da UBS porque se realizará uma organização no serviços, cadastramento, registros em prontuários, monitoramento, aumento da cobertura, realização de atividades de prevenção e promoção de saúde. Todos os membros da equipe tem sua responsabilidade no projeto além de que o trabalho é em equipe. Por exemplo, as consultas são feitas pelo médico as

enfermeiras realizam a aferição de pressão arterial e o hemoglicoteste (HGT), os usuários de menor acesso à UBS serão visitados em suas casas, junto com o agente de saúde, depois de consultar com o médico os usuários são orientados para avaliação odontológica. As principais dificuldades são: não temos um arquivo específico para HAS e DM; os profissionais da saúde não realizam o exame clínico durante a consulta; algumas vezes não indica exames complementares que precisa o usuário; não orienta aos portadores de HAS e DM a reconhecer os sinais de complicações; não são suficientes as atividades sobre orientações de atividade física e alimentação saudável. A intervenção pode melhorar a saúde da população porque, por meio dela, vamos ter aumento da cobertura no programa de atenção a diabéticos e hipertensos e assim melhorar a qualidade do atendimento, por exemplo, melhorar a qualidade do exame clínico aos usuários durante a consulta, se indicará exames complementares a todos os que precisem e se revisará, quando estiver pronto o resultado, se avaliará o tratamento de cada um dos usuários e se dará orientações sobre alimentação saudável, importância de atividade física regular, saúde bucal e assim mudaremos o estilo de vida dos usuários, melhoraremos o atendimento, evitaremos suas complicações neurológicas e cardiovasculares e melhorará a saúde dos hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo um Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 98% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 98% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo dois Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos da UBD.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo três Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo quatro Melhorar o registro de informações do Programa de Hipertensos e Diabéticos.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo cinco. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo seis. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção para Melhoria na Atenção aos hipertensos e diabéticos, incluindo saúde bucal, na UBS Ambulatório municipal de Três Palmeiras.

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses (16 semanas).

Adotaremos como protocolo para nortear a intervenção o Caderno de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus - e Caderno de Atenção Básica nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013), além do Programa de HIPERDIA.

Alguns dos Instrumentos que utilizaremos para a coleta de dados e o monitoramento e avaliação foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), denominados “Planilha para coleta de dados HAS e DM” (anexos) e a “Ficha Espelho programa de atenção aos hipertensos e diabéticos” (anexos). Também serão utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como os prontuários. Todos os meios de coleta de dados serão utilizados durante as semanas da realização da intervenção. Os dados serão analisados e quantificados, gerando um número absoluto e um percentual relativo aos diversos questionamentos que serão abordados.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo um: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde de hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação:

O monitoramento de que trata estas ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuários, caderno de doenças crônicas não transmissíveis, caderno de vacinação. Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe toda farão checagem dos hipertensos e diabéticos cadastrados e dos registros citados. Também se garantira material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde. Desta forma, será verificado a data da próxima consulta exames e comunicarão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana.

Organização e gestão do serviço**Ação:**

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação:

Será realizado o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita. O acolhimento será realizado pela enfermeira e técnica em enfermagem da unidade. Os usuários com cifras tensionais elevadas ou cifras de glicemia elevada serão assistidos na consulta para ampliar a captação precoce, sem

a necessidade de agendar consulta. Os hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS com problemas agudos serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção de complicações. Todos os que vierem à consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Engajamento público

Ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da Ação:

A comunidade será esclarecida sobre a importância da prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes e de suas complicações, e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento a esse grupo de doenças. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da Ação:

A capacitação dos profissionais da unidade vai ser feita na própria unidade pelo médico e enfermeiro a cada quinze dias a todo o pessoal da equipe. A capacitação dos ACS vai ser feita na unidade de saúde também cada 15 dias pelo médico e enfermeiro.

Objetivo dois: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta:

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- “Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.”
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- “Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.”

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da Ação:

O monitoramento das ações será realizado semanal. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário odontológico e cadernos de registro de HIPERDIA. Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, o odontólogo e técnica em odontologia, farão checagem dos usuários cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificado a data da próxima consulta exames e comunicarão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- “Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.”
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da Ação:

No exame clínico dos usuários, a enfermagem e técnica de enfermagem aferirão a pressão e realizarão o teste de glicemia, na unidade. O médico realizará o resto de exame clínico (físico) e o odontólogo realizara o exame bucal. A enfermeira será a encargada de organizar os dias e temas para a capacitação de forma quinzenal dos profissionais da equipe, assim se atualizando neste período os profissionais, com as versões atualizadas dos protocolos que serão impressas para cada profissional na secretaria de saúde.

A secretaria de saúde ajudará com a agilização dos exames complementares, permitindo um mínimo de dois dias de demora em sua realização depois da requisição. Estabelecendo sistema de alerta por parte de técnica de enfermagem dos exames complementares preconizados e do controle de estoque dos medicamentos semanalmente. Para manter por parte da técnica de enfermagem o registro das necessidades de medicamentos dos usuários da população alvo cadastrados. Será realizado o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos.

O acolhimento deles será realizado pela técnica em odontologia da unidade. Os usuários da população alvo com queixas odontológicas serão assistidos na consulta para ampliar a captação e tratamento precoce. Deles os que buscarem consulta de rotina terão prioridade de agendamento, com demora menor que três dias. Todos os que vierem à consulta odontológica sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Engajamento público

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da Ação:

A comunidade será esclarecida sobre a importância da realização de exames de avaliação e prevenção de complicações. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento aos hipertensos e diabéticos. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre a realização de exames. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões semanais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos esses temas.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos.

Detalhamento da Ação:

A capacitação da equipe será feita na unidade de saúde semanalmente tirando as dúvidas sobre o exame clínico apropriado, será encarregado o médico e enfermeira, assim como enfatizar o protocolo seguir para solicitação de exames complementares, alternativas de orientação aos usuários para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular (Hiperdia) e avaliação da necessidade de atendimento odontológico destes usuários. Será feita neste período também pelos mesmos responsáveis a atualização no tratamento da hipertensão e diabetes.

Objetivo três. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da Ação:

O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico, caderno de vacina e registro de

doenças crônicas. Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, a equipe toda, fará checagem dos cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificado se as consultas estão em dia.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da Ação:

Será realizado a pesquisa de todos os faltosos da população alvo da área adstrita pelos agentes de saúde e técnica de enfermagem, de forma semanal nas visitas domiciliares ajudado com o transporte brindado pela secretaria de saúde. O acolhimento dos usuários será realizado pela enfermeira da unidade, que será imediato sem a necessidade de agendar consulta. Os provenientes das buscas domiciliares que procurarem a UBS com problemas serão assistidas no mesmo turno para agilizar o tratamento precoce. Os que buscarem consulta de rotina terão prioridade de agendamento, com demora menor que três dias. Todos os que vierem à consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Engajamento público

Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da Ação:

A comunidade será esclarecida sobre a importância da periodicidade das consultas na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento à população alvo. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com diabetes e hipertensão, será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, e em todos as consultas/atendimentos. Assim como nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da Ação:

As capacitações serão feitas na unidade de saúde no primeiro mês da intervenção, pela enfermeira, para orientar aos ACS da importância e orientação aos hipertensos e diabéticos e das consultas e sua periodicidade.

Objetivo quatro. Melhorar o registro das informações

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação:

O monitoramento será realizado de forma semanal pela enfermagem. Monitorando a qualidade dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico, caderno de vacinação, cadernos de doenças crônicas. Desta forma, será verificado sua qualidade e a possível correção de erros.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da Ação:

Será continuado a implantação da ficha de acompanhamento, dado conhecer à equipe o registro adequado das informações, mantendo as informações do SIAB atualizadas semanalmente sendo responsável destas a enfermeira, quem será a responsável pelo monitoramento dos registros. Diante de situações de alertas de atrasos nas consulta e exames ou outro tipo de atendimento a enfermeira e o

médico atuarão para dar solução às mesmas. Serão consultados no mesmo dia e se estabelecerá convenio com a secretaria da prioridade de exames para estes usuários da população alvo

Engajamento público

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da Ação:

A comunidade será orientada seu direito à segunda via do prontuário, se for necessário. Serão esclarecidos os direitos da comunidade em relação à manutenção de seus registros de saúde. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, escola, e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da Ação:

Na unidade de saúde, no primeiro mês da intervenção, o médico e enfermeira farão às capacitações a equipe para o preenchimento adequado de todos os registros para acompanhamento da população alvo.

Objetivo cinco. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da Ação:

O monitoramento será realizado semanal. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico. Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe, fará checagem dos registros citados. Desta forma, será verificada realização da estratificação de risco.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da Ação

Os usuários avaliados como de alto risco serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção das complicações precoces. Deles os que

buscarem consulta de rotina terão prioridade o agendamento, com demora menor que três dias. Sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Engajamento público

Ação:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da Ação

A comunidade será orientada dos riscos que estão expostos e sobre a importância do acompanhamento e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento desse grupo alvo. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pela equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Serão utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas na modificação dos fatores de risco.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da Ação:

Estas capacitações serão feitas no primeiro mês pelo médico e enfermeira da na unidade de saúde. Periodicidade semanal.

Objetivo seis. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Serão feitas conversas de forma semanal na unidade de saúde com os grupos da população alvo para orientar nestes temas, com a participação do nutricionista na orientação nutricional da alimentação saudável, o preparador físico para orientar a importância da atividade física, o médico e enfermeira orientarão sobre os riscos de tabagismo e o odontólogo juntamente com o técnico de odontologia orientarão sobre a higiene bucal.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento da Ação:

O monitoramento das orientações será realizado quinzenalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. E também nas visitas domiciliares e consultas mediante o conhecimento adquirido pelo usuário sobre riscos de tabaquismo, a importância da saúde bucal, a atividade física e saúde nutricional. Desta forma, será verificado a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe.

Organização e gestão do serviço**Ação:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da Ação:

Será realizado praticas coletivas para orientação de atividade física e sobre alimentação nutricional semanalmente na unidade de saúde contando com a ajuda do nutricionista e educadores físicos do município. O médico e enfermeira demandarão ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo, na primeira semana da intervenção, e durante o transcurso da mesma se for preciso, que serão fornecidos na farmácia da unidade de saúde e durante as conversas com os usuários que precisem. Será organizado o tempo médio das consultas pelo médico para melhorar as orientações em nível individual.

Engajamento público

Ação:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da Ação:

Orientar-se-á a comunidade da população alvo e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável, a prática de atividade física regular, evitar riscos como o tabagismo mediante a existência dos tratamentos existentes para abandoná-lo e sobre a necessidade de uma boa higiene bucal. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da

comunidade, líderes comunitários, com a ajuda do nutricionista do área e educadores físicos serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- “Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.”
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da Ação:

As capacitações serão feitas pelo médico e enfermeira na unidade de saúde, de forma semanal para a equipe de saúde, abordando um tema cada semana, durante quatro semanas no primeiro mês.

2.3.2 Indicadores

Objetivo um. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 98% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 98% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo dois: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo três: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo quatro: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo cinco. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo seis. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Meta 6.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabético cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

A logística é o detalhamento bem explicado de como vai acontecer à intervenção na pratica clinica no cotidiano de nosso serviço.

Primeiramente vamos a olhar os itens com os quais a universidade nos tem sugerido trabalhar, sendo estes três: Protocolo ou Manual Técnico, Registro Especifico e Monitoramento Regular.

Para realizar a intervenção no Programa vamos adotar o Caderno de Atenção Básica, Ministério da Saúde, facilitado pela secretaria de saúde do Município de Três palmeiras, e do qual já existem copias suficientes na unidade para garantir um trabalho adequado com os usuários da população alvo. Utilizaremos a caderneta do hipertenso e do diabético, os registros, prontuários e ficha espelho do curso. Estimamos alcançar com a intervenção 98% de usuários.

Teremos contato com a secretaria de saúde para dispor de todo material que precisamos para o desenvolvimento da intervenção. Com este conjunto de registros nossa equipe pode obter a coleta de informações precisas em relação aos indicadores necessários baseado nos objetivos do projeto. A partir do resultado da recolecção, a enfermeira conjuntamente com o médico elaborará uma ficha complementar onde pretendemos registrar as informação para a realização do monitoramento. Para dispor das fichas necessárias contamos com o apoio dos gestores da secretaria municipal de saúde, para realizar as impressões de 600 fichas. Vamos realizar o acompanhamento mensal da intervenção por meio da planilha eletrônica de coleta de dados.

No desenvolvimento das atividades de consultas médicas e visitas domiciliares, a equipe utilizará a caderneta de hipertensos e diabéticos e a ficha espelho para a coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários da população alvo que vieram ao serviço nos últimos três meses, a arquivista localizará os prontuários destes usuários e o médico transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, realizando ao mesmo tempo o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, atraso nas vacinas.

Para o monitoramento e esta ação programática o número de usuários da população alvo cadastrados no programa serão registrados no livro de registro, a enfermeira será a responsável pelo monitoramento do mesmo e a revisão de este semanalmente, todo o membro da equipe tem a responsabilidade de manter a vigilância e atualização de este registro na chegada à UBS. A revisão deverá ser em conjunto a ficha espelho, pois ao final do mês iremos juntar todos os dados na planilha eletrônica. Para monitorar o atendimento odontológico em nossos serviços a técnica odontológica, revisará ficha espelho e esclarecidos nos prontuários e cadernetas aqueles usuários pendentes de avaliação, odontológica, assim como fazer o diagnóstico de doenças odontológicas primárias, todos os meses serão resumidos os dados e cria-se uma lista dos priorizados deixando cinco bagas semanais para estes usuários.

Para ajudar realizar o cadastro e ao mesmo tempo sensibilizar a comunidade com nosso projeto na área adstrita, vai-se responsabilizar dos membros líderes de cada área para apoiar o projeto de intervenção, junto aos agentes de saúde. A equipe deverá fazer a busca ativa dos usuários que não tiverem comparecido no serviço.

Com relação a capacitar da equipe, a Análise situacional e a definição de foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe sobre a leitura de Protocolo de atendimento da Hipertensão e Diabetes, a qual é responsável o médico. Além disso, forem adotadas outras propostas e levadas a coordenação do programa. Tais como, reunião de Capacitação das equipes de todos os postos de

saúde, proposta à secretaria de saúde com a intervenção também dos coordenadores de atenção básica de saúde no município. Entre as diferentes ações a ter em conta na capacitação da equipe deverão contar as enunciadas abaixo, onde os responsáveis pela capacitação da equipe serão a secretaria e a gestão de saúde em específico, pois em nível de núcleo da UBS é feita uma reunião de equipe semanal, aonde vai se capacitando a equipe em cada um dos temas numerados segue o protocolo de saúde de atenção a HIPERDIA, mas já foi proposta a capacitação pela secretaria de saúde. Cada capacitação durará duas horas. Utilizaremos metodologia onde através de recursos audiovisuais faremos explicações sobre o tema a ser trabalhado através de slides e vídeos. De preferência nas capacitações utilizaremos o projetor multimídia. As capacitações serão realizadas no âmbito da UBS e poderá contar com o apoio da equipe do NASF.

Na qualificação da prática clínica buscaremos fomentar a participação de todos os profissionais da equipe as atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as necessidades identificadas.

Para viabilizar a ação de acolhimento e priorizar este programa, o serviço de acolhimento será realizado pela técnica de enfermagem, devese organizar o acolhimento na unidade de saúde todos os dias. Oferecer atendimento. Aqueles que procuram atendimento de rotina terão prioridade no agendamento sendo que a demora será menor que cinco dias, tendo em conta a carga assistencial do posto. A quinta feira de cada semana vai prioriza-se o atendimento em consulta, tendo deixando sempre agendada a próxima consulta.

Para Organização e Gestão dos serviços devemos capacitar à equipe guiada pelo protocolo adotado de forma que cada um dos membros entenda o seu papel segundo as suas atribuições profissionais de forma a viabilizar a organização do serviço, planejamento e programação.

No que tange ao acolhimento à demanda espontânea na sala de acolhimento de nossa UBS buscaremos capacitar a equipe para a prática adequada

do acolhimento com “escuta qualificada”. Buscaremos realizar o acolhimento à demanda espontânea num local “mais reservado” (sala do Acolhimento) para realizar a escuta num local adequado que não sejam a Recepção, Corredores onde o cliente possa expressar adequadamente as necessidades garantindo a privacidade. Também serão acolhidos os que buscarem o serviço por demanda espontânea. Para isto a enfermeira e medica garantirão que terão em sua agenda vaga para atendimento destes. Também se deve explicar a cada pessoa da equipe sobre o caráter prioritário deste grupo alvo no acolhimento à demanda espontânea ante a aparição de doenças agudas, em qualquer dia da semana, com a organização de prioridades feitas durante o acolhimento na unidade. (Responsável medico e enfermeira)

No que tange a atenção em saúde bucal pretendemos traçar uma “agenda compartilhada” com a equipe de Saúde Bucal para que viabilizem uma organização para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Estas priorizações poderão, por exemplo, demandar dos atendimentos clínicos quando diante da anamnese e exame físico ao detectarmos problemas bucais em nossos clientes que possamos encaminhá-los para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação.

Junto ao gestor buscaremos garantir o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e medico bem como o oferecimento de serviços diagnósticos.

Buscaremos também junto ao gestor garantir o fornecimento de material para a realização da tomada da medida de PA; assim como garantir material adequado para realização do HGT na unidade de saúde, com o material em quantidade adequada para aferição de pressão arterial (tipo adulto pequeno, adultos e adultos grande). Para os esfigmomanômetro temos aparelhos em ótimas condições de uso e suficientes. Todos estes foram calibrados em janeiro de 2015. Também fitas métricas inelásticas para uso na unidade, todas em bom estado de uso e com perfeitas possibilidades de uso durante a intervenção.

Para realização do HGT temos disponível aparelho em quantidade suficiente. Para as fitas utilizadas realizaremos os pedidos com quantidade estimada. Para estes itens, o gestor mostra-se disposto a oferecer de maneira

rápida a quantidade que for necessária. Importante destacar que a técnica de enfermeira e a enfermeira ficarão responsáveis pela manutenção e fornecimento dos materiais acima descritos.

Devemos melhorar a capacitação de toda a equipe sobre a busca os usuários faltosos através das visitas domiciliares realizadas cada quinze dias. Para isto buscaremos capacitar os ACS sobre a busca ativa dos faltosos às consultas agendadas bem como daqueles que não estão realizando seguimento em nenhum serviço e também aos que não compareceram à consulta na primeira semana. Nesta visita será agendado o dia para consulta de seguimento, conforme disponibilidade do usuário nos dias disponíveis.

Junto ao gestor buscaremos viabilizar o deslocamento dos outros profissionais da equipe quando da necessidade da visita domiciliar aos usuários de risco que não possa se deslocar até à UBS, usando o carro oferecido pela secretaria de saúde para visitas domiciliares.

Nestas visitas deve participar todos os membros da equipe para garantir qualidade no processo de educação sanitária e aumentar o vínculo da equipe com a família.

No eixo de Engajamento Público, para o fortalecimento da promoção de saúde de nossa população alva deve se fazer ações educativas individuais e coletivas, feitas em cada visita pela equipe e na área da UBS três vezes na semana pelo médico e enfermeira.

2.3.4 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre do protocolo de atenção a hipertensos e diabéticos.	X				x				x				x			
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X				x				x				x			
Cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa da UBS.	x	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X
Atendimento clínico a hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Capacitação dos ACS para realização da busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos a consultas	x				x				x				x			
Contato com lideranças comunitárias para falar sob a importância das ações programáticas.		x				x				x				x		
Capacitar a equipe da UBS para a realização de exame clínico apropriado e o registro adequado dos procedimentos em todas as consultas.		X				x				x				x		
Capacitar a equipe para seguir o protocolo na UBS para solicitação de exames complementários.		x				x				x				x		
Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos de farmácia popular.		x				x				x				x		
Capacitar a equipe para avaliação de necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.		x				x				x				x		
Treinar os ACS para orientações quanta a realização das consultas e definir periodicidades.	x				x				x				x			
Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertensos e diabéticos.	x				x				x				X			
Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco.	x				x				x				X			
Capacitar a equipe sobre parcerias de alimentação saudável.	x								X							

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações desenvolvidas no projeto versaram sobre a ampliação da cobertura no programa de hipertensão e diabetes, monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados, garantia do registro, melhoria do acolhimento para os usuários. Garantimos o material adequado para a medida da pressão e a realização do hemoglicoteste, informando aos usuários sobre a importância de medir a pressão e do rastreamento de diabéticos, entre outras coisas. Estas ações se realizaram semanalmente com apoio das ACS e enfermeiras. Utilizaram-se os prontuários dos usuários, se realizou o registro de hipertensos e diabéticos e se informou a comunidade, através de palestras na unidade de saúde e igrejas, a importância de prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes e de suas complicações. Também capacitamos as ACS sobre o cadastro de hipertensos e diabéticos e à equipe para a medida da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste. Estas primeiras ações se cumpriram sem dificuldades.

As ações relacionadas com a melhoria da qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos versaram sobre a capacitação da equipe e definição de atribuições sobre exame clínico e exames laboratoriais, segundo o protocolo. A capacitação foi periódica para garantir a preparação dos profissionais e garantia da solicitação dos exames de laboratório. As dificuldades encontradas nesta ação foram relacionadas com garantir a agilidade dos exames laboratoriais. Os usuários fizeram, mas demorou uns dias. Motivo: o laboratório agendava diariamente muito poucos usuários pelo SUS.

Realizamos o controle de estoque de medicamentos e realizamos o registro das necessidades de medicamentos para hipertensos e diabéticos e organizamos a ação para identificação de necessidades de atendimento odontológico.

Com relação à melhoria da adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, melhoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, realizamos a pesquisa de todos os usuários faltosos nas consultas, com apoio das ACS, organizamos visitas domiciliares para buscar faltosos, informamos a comunidade sobre a importância de realizar consultas e sua periodicidade. As dificuldades foram relativas às visitas domiciliares: Em duas ocasiões não puderam ser feitas, devido às intensas chuvas que ocorreram à época.

Em relação à melhoria do registro das informações, se realizou monitoramento dos registros (prontuário médico e odontológico e registro de doenças crônicas não transmissíveis) foi feito pela enfermeira e se primou pela qualidade e a correção de erros. Implantou-se a ficha de acompanhamento e se designou um responsável pelo registro.

Foi feito o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares. Priorizamos os usuários avaliados como de alto risco e se explicou a importância de adequado acompanhamento e controle de fatores de risco.

Com relação à promoção da saúde de hipertensos e diabéticos, se organizou e se desenvolveu palestras sobre alimentação saudável, atividade física, higiene bucal e tabagismo, contamos com apoio das ACS, enfermeiras, nutricionistas e odontólogo. As dificuldades que se pode relatar aqui foi que, algumas vezes, não foram desenvolvidas na data designada, também pelas intensas chuvas e porque a odontóloga nem sempre estava disponível.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações do projeto foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para a realização da coleta de dados, tivemos muito apoio das ACS. Os usuários foram cadastrados e atendidos em consultas médicas e visitas domiciliares. As dificuldades foram um pouco de demora de resultados de exames laboratoriais e na palestra de saúde bucal e tabagismo. Outra dificuldade foi que não cadastramos e atendemos o 100% de usuários hipertensos e diabéticos da área, porque, além da chuva que dificultou visitas domiciliares e também que os usuários chegassem ao

ambulatório, o tempo da intervenção foi realizado em um período muito curto (12 semanas) para atender ao quantitativo proposto. Mas acredito que cumprimos nosso objetivo porque não atendemos 100%, mas atendemos bastante usuários e com qualidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Já está incorporado à rotina da unidade:

- Garantia e manutenção de registros de hipertensos e diabéticos (prontuários médicos e odontológicos e registro de doenças crônicas não transmissíveis)

- Reunião de equipe periódica para a capacitação dos profissionais da saúde sobre diferentes temas.

- Realização de exame clínico adequado, conforme o protocolo.

- Realização de exame de laboratório conforme o protocolo.

- Prescrição de medicamentos de farmácia popular.

- Realização de periodicidade de consultas conforme o protocolo.

- Avaliação segundo necessidades odontológicas.

- Implantação de ficha de acompanhamento.

- Realização de palestras para hipertensos sobre alimentação saudável, prática de atividade física, tabagismo e saúde bucal.

A comunidade ficou impactada com a ação programática desenvolvida porque melhorou muito o atendimento de todos os profissionais envolvidos e a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos da área, por todas as atividades desenvolvidas durante o período da intervenção e todas estas atividades mencionadas ficaram na rotina diária de nosso serviço, em nosso ambulatório.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhoria da Atenção a Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras. A intervenção foi focalizada em 456 hipertensos e 130 Diabéticos. Entre os hipertensos e diabéticos da área, alcançamos durante a intervenção 268 hipertensos e 61 diabéticos, o que representou uma cobertura de 58,8% em hipertensos e 46.9 % em diabéticos.

Objetivo um. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 98% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 98% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Conforme pode ser visto no gráfico um, no primeiro mês, foram cadastrados 70 hipertensos, representando 15,4%; no segundo mês, cadastrou-se 127 hipertensos, alcançando um total de 27,9% e, no terceiro mês, chegou-se ao número de 268, perfazendo um total de cobertura de 58,8% dos hipertensos.

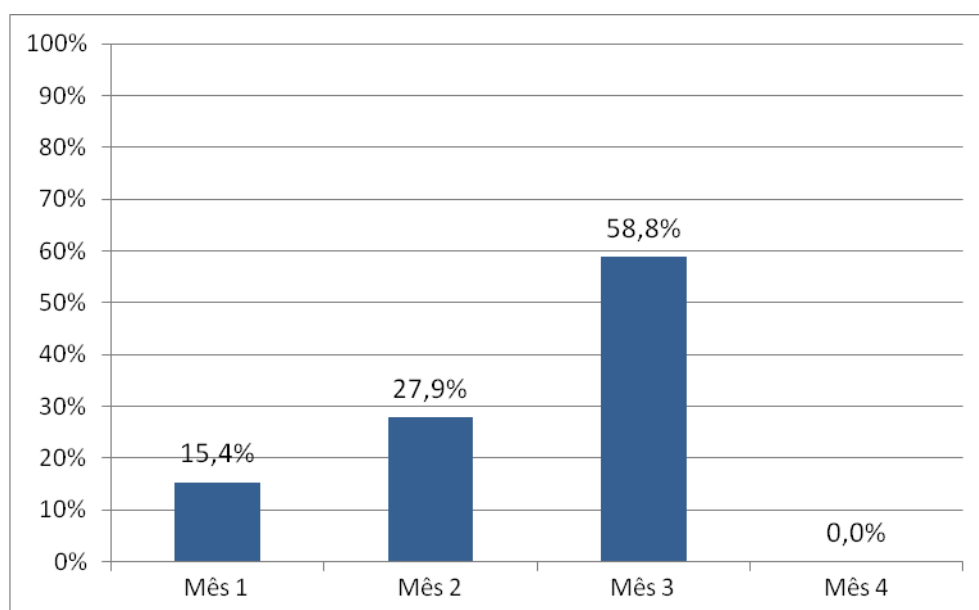


Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Ambulatório municipal de Três Palmeiras.

A ação que mais auxiliou no cadastramento e atendimento de hipertensos e diabéticos foi à busca ativa de usuários faltosos nas consultas, realizadas pelas ACS, realizando visitas domiciliares para chamar aos usuários hipertensos e diabéticos para consultas.

Para cumprir nosso objetivo que foi ampliar a cobertura do programa de hipertensos e diabéticos para 98% nossa equipe monitorou o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde, se realizou semanalmente por médio dos prontuários médicos e registros de doenças crônicas no transmissível e se informava as agentes de saúde comunitários nas reuniões de equipe semanal. Por que não chegamos a 100% da cobertura? Porque é uma população que tem um grande número de pessoas hipertensas e diabéticas e a intervenção foi em um curto período de tempo, além que tinham usuários que se encontram temporalmente fora de sua área e também em várias semanas aconteceram intensas chuvas que dificulto que alguns usuários citados pelas ASC não foram as consulta e a equipe também não pode chegar até as casa. O mais importante e que todos os hipertensos atendidos durante a intervenção receberam bom atendimento exame físico exame complementar tratamento médico e orientações sobre alimentação saudável

atividade física higiene bucal e tabagismo e que as atividades desenvolvidas em nosso a intervenção ficaram na rotina diária de nosso serviço para dar atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos que não foram atendidos durante o período de intervenção.

Já no gráfico 2, pode-se visualizar que no primeiro mês, foram cadastrados 11 diabéticos, representando 8,5%; no segundo mês, cadastrou-se 33 diabéticos, alcançando um total de 25,4% e, no terceiro mês, chegou-se ao número de 61 cadastrados, perfazendo um total de cobertura de 46,9% dos diabéticos.

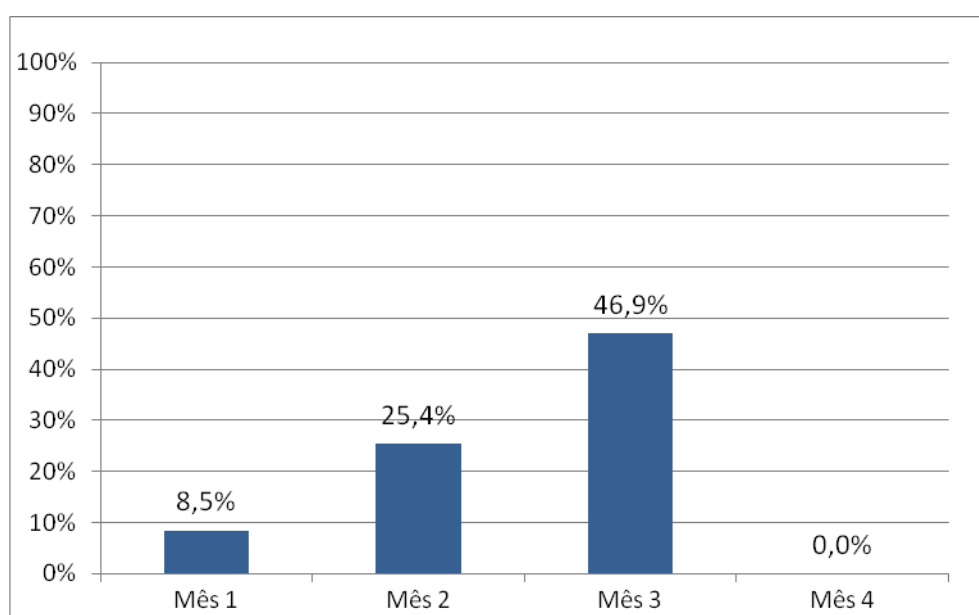


Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Ambulatório municipal de Três Palmeiras.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Em relação com exame clínico em dia, de acordo com o protocolo, para hipertensos, tem-se que, no primeiro mês, conseguiu-se este indicador para 70 hipertensos; no segundo mês, 127 e no terceiro mês, 268. Assim, este indicador obteve 100% de alcance nos 3 meses da intervenção.

O exame físico foi realizado a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos durante a intervenção. As ações que nossa equipe realizou foram monitorização da realização de exame clínico apropriado de hipertensos e diabéticos o monitoramento se realizou semanalmente por meio de registros e prontuários médicos utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Também redefinimos atribuições para cada membro de equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Damos capacitação sobre exame clínico aos profissionais da equipe seguem protocolo da UBS quinzenalmente. As enfermeiras e as técnicas realizaram toma de pressão arterial e teste de glicose, odontóloga realizou o exame bucal e o médico o resto do exame clínico. Orientou-se a comunidade quanto é importante a realização de exame clínico para hipertensos e diabéticos

Este mesmo indicador comportou-se da mesma forma em relação aos usuários diabéticos, obtendo 100% de alcance nos 3 meses da intervenção, cujos números absolutos foram, respectivamente, nos 3 meses: 11 diabéticos com exame clínico em dia, 33 diabéticos com exame clínico em dia e 61 diabéticos com o exame clínico em dia, conforme o protocolo.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, também foram obtidos para 100% dos usuários cadastrados, desde o primeiro mês de intervenção, tanto para hipertensos, quanto para diabéticos. Assim, no primeiro mês, 70 hipertensos e 11 diabéticos estavam com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo; no segundo mês, 127 hipertensos e 33 diabéticos e no terceiro mês, 268 hipertensos e 61 diabéticos.

Os exames complementares foram realizados em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos durante a intervenção. As ações que nossa equipe realizou para lograr o 100 % foi Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, o monitoramento se realizou semanalmente por meio de prontuários médicos utilizados e realizados pelos profissionais da saúde,

Garantíamos com o gestor municipal a prioridade e a agilização dos exames laboratoriais de hipertensos e diabéticos. Orientou-se a comunidade a importância da realização dos exames de laboratórios.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Com relação ao indicador relativo à prescrição de medicamentos da farmácia popular, também se obteve êxito. 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram suas prescrições de medicamentos da farmácia popular, desde o primeiro mês de intervenção, cujos números absolutos já foram descritos no indicador anterior apresentado.

Ações para alcançar o 100%. Monitoriza-se o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/hiperdia. Realizou-se o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Realizou-se um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Na intervenção, todos os hipertensos e diabéticos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao menos na primeira consulta. Este assunto foi amplamente discutido nas reuniões em equipe e assim, esta atribuição foi estabelecida para todos os profissionais. Deste modo, o indicador aponta 100% durante toda a intervenção.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas foram buscados. Portanto, também se obteve 100% de alcance neste quesito as ações realizadas para isto foi Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo se organizarem visitas domiciliares para buscar os faltosos se Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

O indicador relativo ao registro adequado na ficha de acompanhamento foi outro que se obteve 100% de êxito, desde o primeiro mês, tanto para hipertensos quanto para diabéticos. Todos os cadastrados, a cada mês, tinham seus registros realizados de forma adequada na ficha de acompanhamento.

Ações que se realizaram para lograr o 100% se monitorizo a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde e se imprimiu a ficha de acompanhamento

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi realizada em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, enfim, todos os participantes da intervenção passaram por esta estratificação de risco.

Ações que se realizaram para lograr o 100% Se monitorizaram o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, Se priorizou o atendimento dos usuários avaliados

como de alto risco. Se orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação em relação a prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Do mesmo modo, todos os participantes da intervenção, portanto, o total de cadastrados recebeu orientação sobre prática de atividade física regular, tanto hipertensos quanto diabéticos. Conseguiu-se, portanto, 100% de orientação acerca de atividade física regular.

Ações para lograr o 100% Se monitorizou a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos Se monitorizou a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Orientaram-se Hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Êxito igual alcançou-se com o indicador relativo às orientações nutricionais, na qual se conseguiu orientar 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Já com relação às orientações sobre o tabagismo, no primeiro mês, nenhum usuário hipertenso foi orientado; no segundo mês, também nenhum e, no terceiro mês, isto foi compensado ao orientar-se 100% dos hipertensos cadastrados, representando os 268 usuários hipertensos cadastrados na UBS.

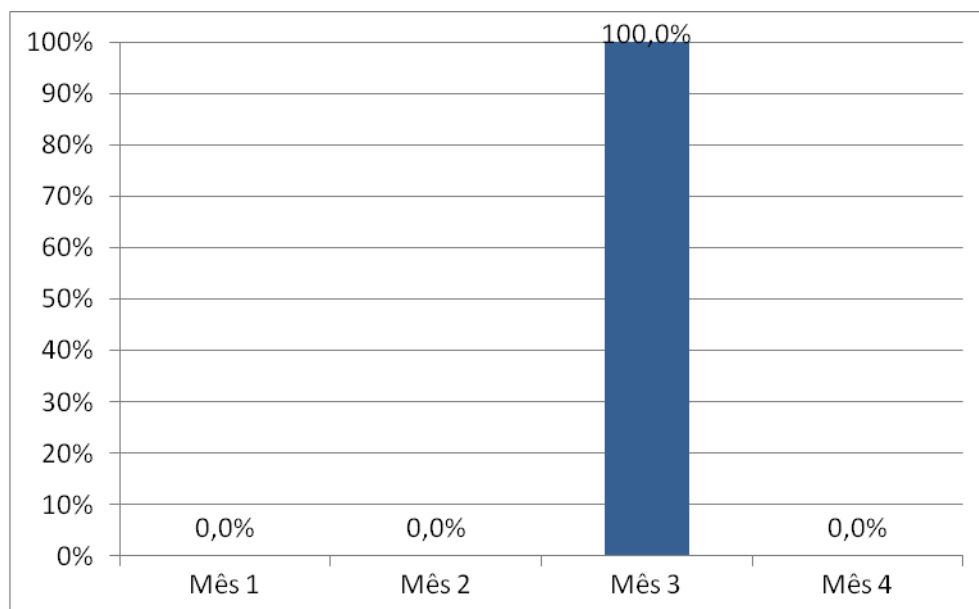


Figura 3: Gráfico indicativo de proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo da UBS Ambulatório municipal de Três Palmeiras.

Foi possível no terceiro mês orientar a todos os hipertensos e diabético sobre o tabagismo devido ao esforço do todo equipe principalmente as agentes de saúde comunitário que visitaram aos pacientes hipertensos e diabéticos para que todos recebessem as orientações sobre tabagismo.

O mesmo ocorreu em relação aos diabéticos, os quais apenas no terceiro mês receberam essas orientações acerca dos riscos do tabagismo. Nesse caso, também se conseguiu fornecer tais orientações aos 61 diabéticos cadastrados, perfazendo 100%, conforme demonstrado no gráfico 4:

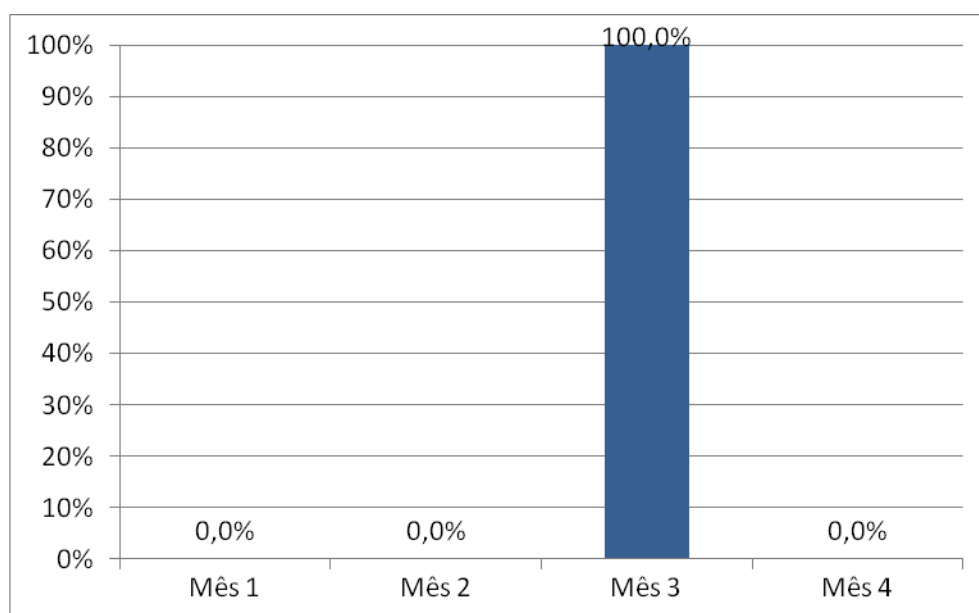


Figura 4: Gráfico indicativo de: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo da UBS Ambulatório municipal de Três Palmeiras.

Segundo cronograma nosso equipe tinha planejado realizar a palestra de tabagismo com uma enfermeira de nosso ambulatório muito preparada em o tema de tabagismo mais ela ficou doente os 2 primeiros mês da intervenção e so logramos fazer esta palestra no 3 mês. Acho que os mais importante e que o objetivo foi cumprido logramos orientar a nosso hipertensos e diabéticos sobre tabagismo.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

De igual modo se comportou o indicador reative às orientações sobre higiene bucal. Tanto para hipertensos, quanto para diabéticos, só foi possível o fornecimento para 100% dos cadastrados, um total de 268 usuários hipertensos e 61 usuários diabéticos, no último mês de intervenção, sendo que nos dois primeiros meses, nenhum usuário foi orientado. Veja os gráficos 5 e 6:

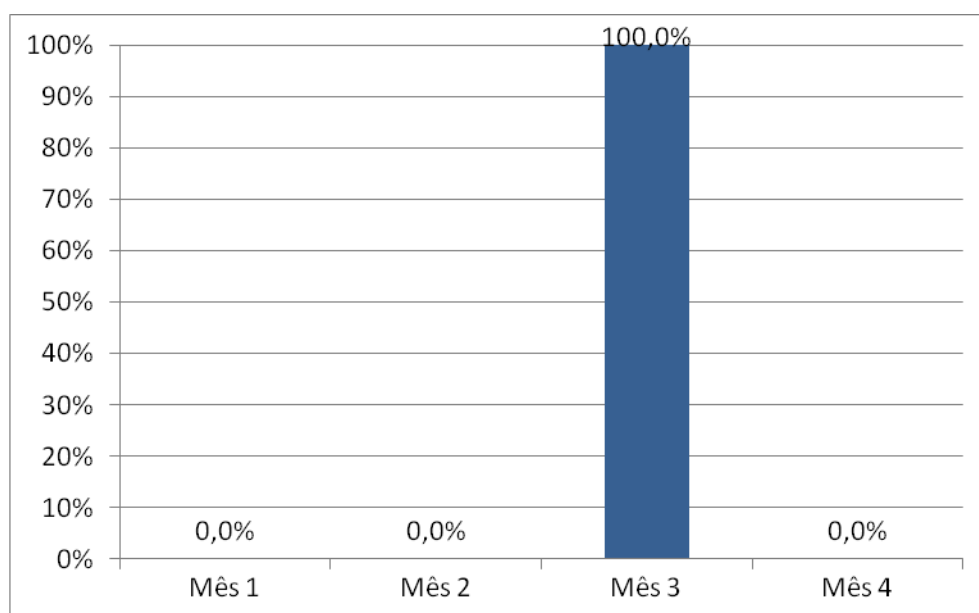


Figura 5: Gráfico indicativo de proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal da UBS Ambulatório Municipal de Três Palmeiras.

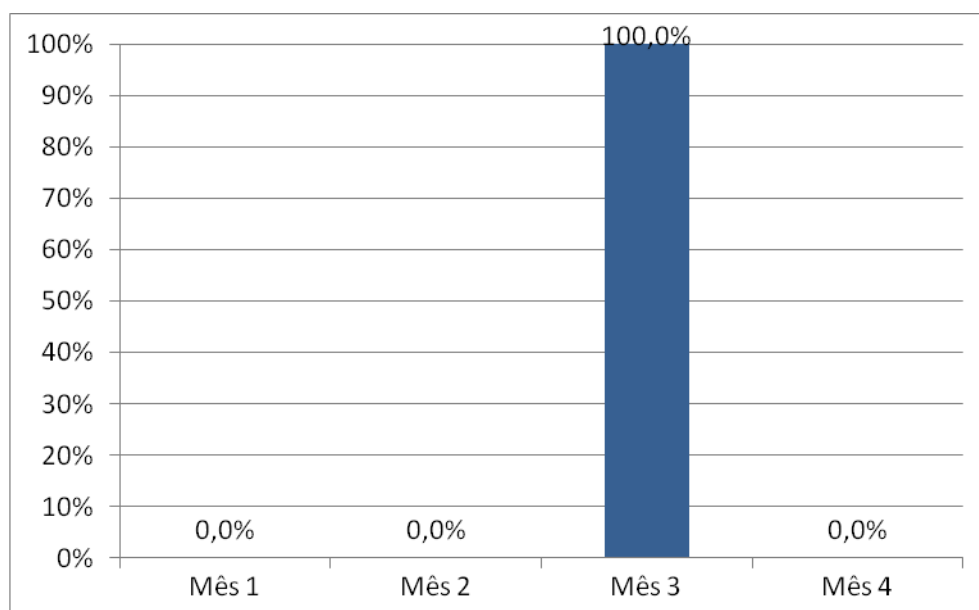


Figura 6: Gráfico indicativo de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Sobre a realização das orientações sobre higiene bucal não foi realizada no primeiro e segundo mês porque a odontóloga a quem atribuímos esta atividade no primeiro e segundo mês se encontrava na UBS, conforme referido no diário de intervenção e a palestra foi feita somente no terceiro mês.

Depois do desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde sobre os diferentes temas desenvolvidos na intervenção como orientação sobre alimentação saudável, atividade física regular, tabagismo e higiene bucal todos os profissionais da saúde envolvidos na intervenção estão capacitados para dar orientações sobre qualquer tema destes.

Por fim, pode-se dizer que as ações: indicações de exames complementares e orientação sobre alimentação saudável foram ações muito importantes, que motivaram a outros hipertensos e diabéticos a realizar consultas médicas.

Os hipertensos e diabéticos que não foram atendidos durante o período da intervenção foi por diferentes razões: alguns não se encontraram na área durante a intervenção, outros ficaram com dificuldades porque a intervenção se desenvolveu em um período de muita chuva, mas acho que todos vão receber atendimento médicos do mesmo jeito porque as atividades da intervenção ficaram na rotina diária em nosso serviço.

4.2 Discussão

A intervenção realizada em minha Unidade Básica de Saúde Ambulatório Municipal de Três Palmeiras foi desenvolvida em um período de 3 meses e alcançamos objetivos e metas, por exemplo, proporcionou a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos cadastrando usuários hipertensos e diabéticos da área a melhoria da qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos com destaque na realização de exame físico e exame complementários, todos os usuários cadastrados e atendidos durante o período da intervenção realizaram exame físico e exames complementários isto foi o logro mais importante na intervenção, recebemos apoio das enfermeiras e da secretaria de saúde as enfermeiras realizaram a toma de pressão e o teste de HGT e a secretaria de saúde priorizou os exames de os hipertensos e diabéticos logramos também promover saúde tema muito importante na atenção básica de Sade ruralizamos palestras sobre e alimentação saudável pratica de atividade física regular tabagismo e higiene bucal. E recebemos apoio do equipe e a participação de muitas pessoas da comunidade em especial usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção exigiu que a equipe realizasse fazer reuniões de equipe semanalmente para ver detalhamento da intervenção e também exigiu a capacitação do equipe para a realização do cadastro de usuários para a realização do exame físico exame laboratoriais e para as palestras. Estas atividades promoveram o trabalho integrado da equipe.

Antes da intervenção as atividades da atenção a hipertensos e diabéticos eram concentradas na medica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a o maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e Diabéticos viabilizaram a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea.

O intervenção impacto toda a comunidade com as atividades desenvolvidas, por exemplo, durante o atendimento com a realização do exame físico. Indicação e prioridade para realizar exames complementários, os usuários ficaram muitos atenciosos e realizaram os exames complementares.

As palestras realizadas nas comunidades motivaram muito a toda a população, porque toda a comunidade ficou orientada sobre os temas das palestras.

Outra atividade que impactou muito na comunidade foram as visitas domiciliares já que muitos usuários falaram que por primeira vez recebiam medico na sua casa.

Apesar do trabalho para alcançar uma melhor cobertura dos hipertensos e diabéticos, ainda temos muitos hipertensos e diabéticos a serem cobertos.

A intervenção deveria ser em o período mais longo do tempo, por exemplo, 6 meses e assim lográramos alcançar os objetivos como, por exemplo, o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos da área. Além de que desenvolveríamos mais atividades da intervenção.

A intervenção será incorporada na rotina de nosso serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

A partir do próximo mês, nossa equipe vai continuar com as atividades que foram desenvolvidas durante o período da intervenção já que elas ficaram na rotina diária de nosso serviço continuaremos com o cadastro de hipertensos e diabéticos da área. Continuaremos a melhoria de atenção a hipertensos e diabéticos realizando

exame físico exames laboratoriais, priorizando a prescrição de medicamentos de farmácia popular, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, buscando usuários falidos a consultas e continuando com as palestras sobre os temas de Alimentação saudável e Atividade física regular todas estas atividades com o apoio do equipe e trabalhando juntos.

5 Relatório da intervenção para gestores

À Sra. Secretária Municipal de Saúde

Prezada Enfermeira Nara Willers

Sou a Dra. Dayami Rondon Cabrera, Médica da Família, contratada por meio do Programa Mais Médico para o Brasil, desempenho minhas funções na UBS Ambulatório municipal Três Palmeiras/RS. Nessa condição, sou aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, através do qual desenvolvi um o projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade.

O Projeto teve a duração de 12 semanas, entre os meses de março e junho de 2015. Escolhi, de comum acordo com minha Equipe, o foco da saúde dos hipertensos e diabéticos, porque hipertensão e diabetes milicos são doenças que causam elevadas taxas de morbimortalidade se não são controladas, e os hipertensos e diabéticos da UBS não recebiam o acompanhamento adequado. A maioria deles desconhecia suas doenças, e seu tratamento era focado apenas em medicamentos, sem ênfase nas ações educativas e preventivas para estímulo ao autocuidado. Assim, julgamos que era importante nos dedicarmos ao cuidado desses hipertensos e diabéticos, além de apoiarmos seus familiares para que aprendessem a cuidar deles, entendendo suas doenças e acompanhando-os em seus tratamentos.

Nossa equipe realizou a intervenção seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, de acordo com o Protocolo para atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos. Antes de iniciarmos o trabalho, realizamos uma análise

situacional, na qual avaliamos o trabalho da Unidade e identificamos as deste grupo de usuários. Em seguida, planejamos o Projeto de trabalho com os hipertensos e diabéticos, definindo objetivos, metas, ações e indicadores de avaliação, assim como um cronograma de trabalho para que tudo fosse devidamente organizado.

No princípio enfrentei algumas dificuldades com a equipe, especialmente para demonstrar que os hipertensos e diabéticos precisavam de ajuda e de atenção diferenciada para melhorar suas qualidades de vida. Houve resistências, especialmente dos ACS, mas à medida que passavam os dias, todos eles foram ficando interessados e motivados. Assim, conseguimos desenvolver o trabalho em equipe, enfrentando conjuntamente as dificuldades e garantindo os cuidados necessários para propiciar atendimento de qualidade aos usuários. Dessa forma conseguimos cadastrar e acompanhar 70 hipertensos e 11 diabéticos no primeiro mês, 57 hipertensos e 22 diabéticos no segundo mês, e 141 hipertensos e 28 diabéticos no terceiro mês, todos atendidos de acordo com o que é preconizado no protocolo. A maioria das metas foram alcançadas, a equipe trabalhou intensamente para obter esses resultados.

Hoje nos orgulhamos por conseguimos ampliar algumas metas com esse grupo sendo que contamos com uma cobertura de atenção de hipertensos 58.8% (268) e diabéticos 46.9% (61) Temos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados com exame clínico ao dia de acordo como protocolo. 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados com exame complementares em dia de acordo com protocolo, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos da farmácia popular, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados faltosos as consultas com busca ativa, 100 % de hipertensos e diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico ao dia, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados com orientação matronal sobre alimentação saudável, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados com orientação sobre a prática de atividade física regular, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados que receberam

orientação sobre os risco do tabagismo, 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados que receberam orientação sobre higiene bucal.

Não foi uma meta possível de alcançar a cobertura dos 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência por questões do clima que aconteceu nessas semanas de trabalho e pelo pouco tempo para a intervenção, pois além do trabalho em conjunto da equipe de saúde, faltou o envolvimento e total interesse de alguns dos ACS do município para lograr resultados mais positivos.

De forma geral, independentemente dos resultados foi um desafio para a equipe de trabalho, estudamos a vida própria dos hipertensos e diabéticos, mudar estilos de vida, melhorar hábitos de alimentação e praticar exercícios. Agora a equipe sabe avaliar aos pessoas diabéticas e hipertensas, e vamos manter o trabalho que desenvolvemos até agora, e até melhora-lo se possível isto a nossa equipe reconhece e conta com a força para fazê-lo. Os hipertensos e diabéticos ficaram muito agradecidos pelo trabalho desenvolvido e que sempre seja assim de bom.

Gostaria de aproveitar para enviar meus agradecimentos à Secretaria de Saúde e à Prefeitura do Município pelo apoio ao Projeto e pelo compromisso que demonstram ter com a saúde do povo do município. Todo sabe que nossa unidade de saúde está instalada provisoriamente, em local sem uma estrutura adequada para nosso trabalho, mas contamos com recursos humanos, equipamentos e materiais necessários para desenvolver as ações priorizadas pelo Ministério de Saúde. Nossa unidade atende usuários agendados e também a demandas espontânea, incluindo urgências e emergências do dia a dia. E temos plena consciência de que precisamos do apoio da Secretaria da Saúde para ampliarmos nosso trabalho com a prevenção e a promoção de saúde, com as quais podemos atuar de forma mais efetiva para mudar estilos de vida e melhorar a qualidade de vida e de saúde da comunidade.

Agora, concluída a intervenção, estamos empenhados em manter o trabalho até aqui desenvolvido. Pretendemos também trabalhar para incorporar todos os programas da atenção primaria, propiciando atenção integral à saúde a outros grupos de população da área de abrangência e levando os benefícios do nosso

aprendizado e das nossas experiências com os hipertensos e diabéticos para toda a comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados (as) Senhores (as),

Foi realizada no período de março a junho de 2015, uma intervenção na área da UBS, mediada pela Universidade Federal de Pelotas com o objetivo de proporcionar a melhoria da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Ambulatório municipal, do município de Três Palmeiras. Desta forma, objetivamos com este trabalho, oferecer uma atenção de qualidade a todos os usuários da área de saúde.

Para a realização da intervenção foram traçados objetivos, metas e ações seguindo o cronograma elaborado. Teve como objetivos específicos: ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos, para prevenção do risco de complicações e melhorar sua qualidade de vida.

Assim, a primeira ação desenvolvida na intervenção foi a avaliação do funcionamento da UBS, considerando todos os serviços, para reunir com a equipe e tentar aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as doenças e sobre as suas atribuições na unidade. Assim, trabalhamos para melhorar a qualidade e quantidade de recursos que propiciassem uma melhor atenção para os usuários diabéticos e hipertensos.

Na comunidade, desenvolvemos a busca ativa dos usuários diabéticos e hipertensos registrados no programa, procurando oferecer-lhes uma atenção em consonância com os protocolos do MS de atenção à Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Assim, consideramos a indicação dos exames complementares conforme protocolo do MS, avaliação do risco cardiovascular, avaliação da necessidade de tratamento bucal e, no caso dos diabéticos, avaliação das possíveis complicações do pé diabético. Logo, foi realizada a formação dos grupos de usuários diabéticos e hipertensos para fornecer informações acerca das doenças e sobre como ajudar a melhorar a vida do usuário.

Adicionalmente, a organização do serviço com a realização de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde propiciou a melhoria na definição da atribuição de cada membro da equipe e na qualificação da prática clínica. Foram organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e prevenção do tabagismo.

Além disto, houve a aproximação da equipe de saúde com os líderes das comunidades na intervenção, procurando ajuda na informação dos casos que ainda não tenham sido registrados e os casos que precisavam de mais atenção dos profissionais da saúde.

Assim, foi possível propiciar a melhoria do serviço na ação programática com a intervenção, pois houve o aumento do número de usuários hipertensos registrados e a melhoria considerável da assistência à saúde fornecida pela UBS.

A comunidade pode ajudar na melhoria da saúde nas vilas, com uma divulgação do programa e a incitação dos usuários a mudar os estilos de vida. Além disso, a assistência nas atividades da equipe assim como cumprir as indicações medicas em.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A realização do trabalho durante este período realmente foi mais fácil do que eu acreditei quando começou o curso, sempre pensei que ia ser difícil implementar um trabalho junto com uma equipe que tenha outra língua, assim como uma população que não conhece muitos dos nossos costumes, em resumo achei que a comunicação seria um grande problema para a culminação com êxito da intervenção. Durante o período de preparação para a intervenção fiquei de testemunha da intenção dos profissionais da equipe de tentar mudar a situação da saúde nas comunidades e a nossa compenetração aumentou assim como a nossa comunicação.

A população recebeu a intervenção ainda com mais desejos, já que muitos acreditavam que nunca teriam um médico ou um sistema de saúde preocupado pelas situações dos doentes, sempre perguntavam e faziam elogios para o médico cubano que chega ao Brasil para se preocupar pela saúde do povo, logo da conversa quando ficavam sabendo que o sistema de saúde foi quem indicou a realização da intervenção como uma forma de melhorar a situação medica e de saúde da população, terminavam fazendo também elogios para a saúde do Brasil.

Com este trabalho acreditei uma vez mais que a prevenção é a melhor forma de manter a população com boa saúde tentando sempre de mudar os estilos e formas de vida, como a alimentação, exercícios. Uma prevenção que chega com a presença do pessoal da saúde bem informado e com a disposição de dar essa informação para a população, porque realmente o principal problema encontrado nesta intervenção foi a falta de informação nos usuários e nos profissionais da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante